



TITLE:

精神疾患,障害構造モデルについて

AUTHOR(S):

山根, 寛

CITATION:

山根, 寛. 精神疾患,障害構造モデルについて. 京都大学医療技術短期大学部紀要 1996, 16: 13-19

ISSUE DATE:

1996

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/49404>

RIGHT:

精神疾患，障害構造モデルについて

山 根 寛

A Trial of Indicating a Structure Model of Psychiatric Disorders

Hiroshi YAMANE

Abstract: The purpose of this paper is to propose a structure model of psychiatric disorders. It is necessary to have merits and demerits to indicate a structure model of psychiatric disorders. Nevertheless, the confusion of no model is a more serious problem than not having an indicating model. It is important to indicate a structure model of psychiatric disorders to have a rehabilitation idea in common.

In this structure model, from the advantage to treat equally psychiatric disorders and physical disorders, I use "the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)" as a classification of disorders. This structure model succeeds in showing the image of a mutual influence between disorders, an interaction between environment and disorders, and a relative independence between disorders.

This structure model of psychiatric disorders will provide a starting-point for having a rehabilitation idea in common.

Key words: Structure of Psychiatric Disorders, Structure Model, Psychiatric Disorder

は じ め に

精神障害という言葉はいろいろなニュアンスをもって語られる。精神病といわれる精神疾患の総称として使われたり，精神機能の異常をさして使われることもある。また，精神疾患に対する誤解や偏見もあり，精神障害という言葉で，いわれのない差別により人権が侵害されることもある。そのため，法が改正されるたびに，その定義が問題とされ，さまざまな論議が繰り返されてきた。

日本の精神医療の歴史にみられる治安，収容

という要素を否定できない治療構造が現実に残っている状況においては，精神障害を定義したり構造モデルを示すことが，偏見や差別の構造化につながる危険性を含んでいるということも考慮しなければならない。

しかし，リハビリテーションの本来の意味を理解し，実践するためには，厳密な定義の難しさや疾患や障害の区別が困難な部分があるとしても，疾患と障害の関係を示し，障害をさまざまな側面から理解することが必要である。

「精神保健法」の改正施行(1988)，「障害者基本法」の成立(1993)，「精神保健法」から「精神保健福祉法」への改正(1995)と，法的背景も大きく変わりつつある。今，リハビリテーションに携わる者にとって，疾患や障害構造に関する概念の共有が必要とされている。これまで縦

京都大学医療技術短期大学部作業療法学科
Division of Occupational Therapy, College of
Medical Technology, Kyoto University
1996年7月9日受付

割りであった医療・保健・福祉の場で、共通言語で障害の概念を語ることによって、初めて障害の状態に応じた治療・援助の一貫した実践が可能になる。

本稿では、リハビリテーションの実践のための概念の共有を目的に、精神疾患と障害構造のモデル化を試みた。

精神障害論の推移と精神障害の特性

1. 精神障害論の推移

1980年に世界保健機関 WHO が提起した国際障害分類 ICIDH¹⁾ (表 1) が、精神保健領域における障害概念やリハビリテーションについて、職種や職域を越えて共通の基盤で語るきっかけとなった。図 1 はその定義を図示したものである。上田は、WHO の定義に基づいて一部補足修正し、さらに患者本人の主観的な障害である「病い (体験としての障害)」という概念を加え、疾患と障害構造のモデル²⁾ (図 1) を提起した。これは一般的な身体疾患と障害の構造を示すもので、因果的線形モデルといってよい。

精神障害領域においても、蜂矢^{3,4)}が上田モデルに準じて精神障害の構造を示した。こうしたことがきっかけとなり、精神保健領域においても、障害の概念やリハビリテーションについて論じられるようになった^{5,6,7)}。

しかし、精神医療が歴史的に背負ってきた社会治安的色彩を否定できない治療構造において、障害を設定することが偏見や差別の構造化につ

ながる危険性を含んでいた。また治療者の側の心理的抵抗もあった^{5,6)}。命を救い、病気を治すという使命をもった治療医学にとっては、病気に対して障害は、「障害＝病気を治せなかった結果＝治療の敗北」という考えにつながり、治療をめざす治療者にとって受け入れがたいものであったという。

このように、身体障害に比べて精神障害の構造のモデル化が困難な要因として、

①障害の厳密な分類が困難である。

というだけでなく、

②障害の設定が偏見や差別を構造化する危険がある。

③障害の設定は治療的敗北感につながる。

といったことがあげられる。

上田モデル (図 2) は、その後社会的不利の一因としての環境条件が加えられ修正がなされた⁸⁾ (図 3, 表 2)。上田自身その説明の中で障害の相対的独立性と反対方向の影響性を述べている。しかし、このモデルは基本的に身体の障害を中心として考えられていることもあり、時間的継起関係はないとしても、因果的線形モデルを越えたイメージを与えるには至っていない。

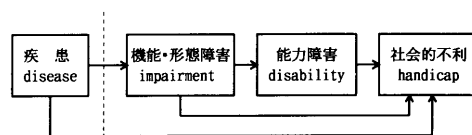


図 1 ICIDH の疾患と障害構造

表 1 国際障害分類試案による障害の概念

| | |
|-----------------------|---|
| impairment 機能・形態障害 | 保健活動に関連して用いられる場合、impairment とは心理的、生理的または解剖的な構造または機能の何らかの喪失または異常である。 |
| disability 能力低下 | 保健活動に関連して用いられる場合、disability とはある活動を、人間にとって正常と考えられるやり方または範囲において行う能力 (ability) の、impairment の結果起こった、何らかの制限または欠如である。 |
| handicap 社会的不利 | 保健活動に関連して用いられる場合、handicap とは、impairment あるいは disability の結果としてその個人に生じた不利益 (disadvantage) であって、その個人にとって (年齢、性、社会・文化的諸因子からみて) 正常な役割を果たすことを制限あるいは妨げるものである。 |

表 2 上田による障害の定義（1995）

| | |
|-----------------------|---|
| impairment 機能・形態障害 | 障害の一次的レベルであり、直接疾患（外傷を含む）から生じてくる、生物学的レベルでとらえた障害である。能力障害または社会的不利の原因となる、またはその可能性のある、機能（身体的または精神的な）または形態の何らかの異常をいう。 |
| disability 能力低下 | 障害の二次的レベルであり、機能・形態障害から生じてくる、人間個人のレベルでとらえた障害である。与えられた地域的・文化的条件下で通常当然行うことができると考えられる行為を実用性をもっておこなう能力、あるいは疾患の発症前にすでに有していた能力の制限あるいは喪失をいう。 |
| handicap 社会的不利 | 障害の三次的レベルであり、疾患、機能・形態障害、あるいは能力障害が与えられた物理的・社会的環境において不利益を生むことから生じてくる、社会的存在としての人間のレベルでとらえた障害である。疾患の結果として、かつて有していた、あるいは当然保障されるべき基本的人権の行使が制約または妨げられ、正当な社会的役割を果たすことができないことをいう。 |
| illness 体験としての障害 | 障害の主観的レベルであり、疾患と3つの客観的障害（機能・形態障害、能力障害、社会的不利）のすべての主観への反映（体験）であり、これらの問題に対する個人の認知的・情動的・動機付け的な反応として生じてくる。これは受動的なものではなく、その人の人格特徴、価値体系、自己像、理想、信念、人生の目的等に基づいた能動的な反応であり、実存としての人間のレベルでとらえた障害である。 |

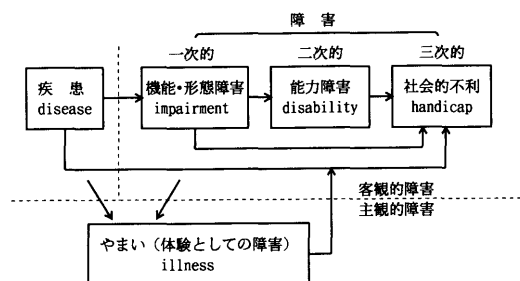


図 2 上田による疾患と障害構造

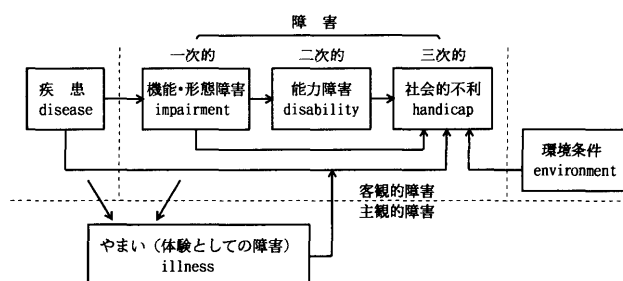


図 3 修正された上田モデル

また、精神障害領域でも、蜂谷らの障害論の提起により、精神障害を特別なものとみなさず、他の障害と同様な視点で論じる試みが始まったが、前述したような問題から、その後特筆すべ

き大きな進展が見られないまま現在に至っている。

2. 因果的線形モデルの問題

WHO モデルは、疾患 disease によって機

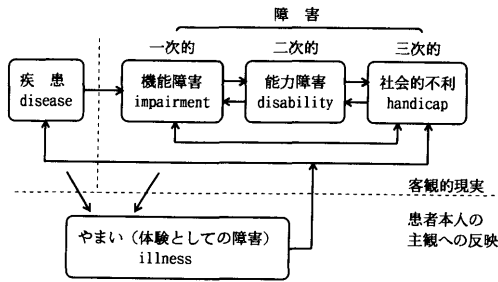


図4 山根による修正モデル

能・形態障害 impairment が生じ、impairment によって能力低下 disability が起き、impairment あるいは disability の結果として社会的不利 handicap が生じると定義している（表1）。これは、時間的な因果関係を強くイメージさせるものである。身体的な障害の大半はこのモデルで障害構造をとらえて治療モデルにつなぐことができる。

しかし、精神障害については、

①疾患そのものが社会的不利の直接的な原因になることがある。

②社会的不利が疾患の原因の一要素となる場合がある。

といった疾患そのものに対する社会的特性がある。そして、

③社会的不利が機能障害や能力障害に、能力障害が機能障害や社会的不利に影響を与える。

といった障害の双方向性の影響が精神障害の大きな特徴である。こうした精神障害の特性のため、因果的線形モデルに精神障害を当てはめることには問題がある。この双方向性の影響などの特性は、治療モデルそのものの違いに通じる。そのため、精神障害に対しては、WHO モデルや上田モデルの修正が必要になる。

これらのモデルをベースに双方向性の影響を考慮すれば、図4のように示すことができる⁹⁾。しかし、図4のモデルも、障害の双方向の影響性を示しているが、精神障害の特性を示しきれていないとは言えない。

3. 精神障害の特性

精神分裂病を例に考えてみると、精神分裂病という疾患とそれに伴う精神機能の障害や生活上の障害、社会生活の不利が共存しているのが精神障害である。「疾患と障害の共存」は慢性関節リウマチなど身体疾患の一部にもみられるが、精神障害では常に疾患と障害は共存している。

精神分裂病という疾患にかかった結果として幻聴が聞こえたり、被害妄想がおき（機能障害 impairment）、幻聴や妄想のため電車通勤が困難になる（能力障害 disability）。会社から精神分裂病であることを理由にそれとなく退職を申し渡されることがある（社会的不利 handicap）。それぞれの障害は、疾患→機能障害→能力障害→社会的不利と、単純に時間的継起による因果関係で示すことはできない。

機能障害があっても、本人が自分の病いや障害を受けとめ引き受けている場合は、そうでない場合に比べて、日常生活障害（能力障害）は少ない。また、能力障害とは関係なしに、精神分裂病であるということだけで社会的不利が生じることがある。このように、それぞれの障害は、互いに何らかの因果関係はあるが、それぞれが独立して存在している（相対的独立性）。

そして、電車通勤が困難で、自宅に閉じこもりがちになることにより、さらに被害妄想が強まる、会社から退職を促すようなことを言われたことで、幻聴がさらにひどくなるといったように、能力障害が機能障害や社会的不利に、社会的不利が機能障害や能力障害に影響する。障害の「相互の影響性」である。この時間的因果関係では示すことができない「相互の影響性」が、身体の障害と精神の障害のもっとも大きく異なる特徴といってもよい。

さらに、安心できる仲間と居る時やほっと出来る場所では幻聴が聞こえない、自分が好きな絵を描いているときには被害妄想にとらわれない、ある人と一緒なら電車に乗って外出も何とかできる、同じ精神分裂病でもある会社では十分配慮され現職復帰ができる、といったように

環境によって障害の程度が変化する。この「環境との相互作用」は、身体障害に比べて精神障害の方が大きい。また、相互作用の原因となる環境要因も、身体障害に対しては物理的なものを中心であるが、精神障害に対しては、人的環境や社会治安的背景をもつ法制度といったもので、生活におけるバリアとしての質的違いがある。

以上のように、精神障害は

- ①疾患と障害が共存する（疾患と障害の共存）
- ②障害はそれぞれ独立して存在する（相対的独立性）
- ③障害は相互に影響する（相互の影響性）
- ④障害は環境の影響によって変化する（環境との相互作用）

といった特性をもっている。

精神障害モデルの臨床的意味

こうしたさまざまな要因や特性が、精神疾患と障害構造のモデル化を困難にしている。しかし、分類が難しいこともあるが、精神障害には幻聴や妄想など直接疾患にともなっておきる「精神機能の障害」と、そうした精神機能の障害によって個人の日常生活に起きた支障といえる「生活上の障害」、精神病になったこともしくは精神病と診断されたことによって周囲との関係で生じる「社会生活における不利」というそれぞれ異なった障害があるということは事実である。そして、それぞれの障害に対する治療的対処と援助の内容は大きく異なる。

障害を厳密に定義することが難しいという問題はあがあるが、幻聴や妄想のように精神機能の障害が前景に大きくある状態に対しては、安静や薬物などの身体的療法による症状の軽減、二次的障害の予防を目的とした対処が主となる。精神機能の障害に類するものは、狭義の治療、医学的リハビリテーションの対象である。

そして、機能障害の程度に関わらず、日常の生活上の障害や社会生活における不利に対しては、それぞれ適応的な生活技能の習得など生活

上の障害の改善や環境の調整、社会的援助といった対処が必要である。生活上の障害や不利は自律（自立）に向けた教育的リハビリテーションや社会的リハビリテーションの対象といえる。

精神障害に対する治療やリハビリテーションは、対象者の障害に応じてその比率を変化させながら並列的に行われるものであり、各障害領域がそれほど厳密に区別されなくても、臨床上大きな支障にはならない。精神障害に対するリハビリテーションの実践という立場から見れば、厳密な区分が困難であるとしても、障害論の基本的な概念の共有が必須である。障害構造を明らかにすることで、病気に対する治療、生活の障害に対する援助が明確になり、偏見や差別の解決につながる。

疾患や疾患に由来する病理に直接ふれる機能障害に対する急性期や早期のリハビリテーションや治療と、生活上の障害の改善に対する回復期のリハビリテーションを、より適切に実践するために、疾患と障害の構造仮説を示すことに大きな意味があるといえる。

また「精神病院から社会復帰施設へ」さらに「社会復帰施設から地域社会へ」と、障害の状態に応じて一貫した対処がなされるには、医療・保健・福祉が、行政上縦割りになった領域を越えて、連続的に機能することが求められる。その連続的な機能を可能にするには、関連職種や連携が必要とされるいくつかの領域が、精神疾患、障害をどのように捉えるか、いかに共通の概念をもつことができるかということが重要なポイントになる。疾患と障害の構造仮説を示すことが共通の概念を持つきっかけとなる。

精神障害の特性を考慮したモデル

精神障害のリハビリテーションを実践する場合、障害構造モデルの違いによって治療や援助の内容が影響を受ける。精神障害の特性である「疾患と障害の共存」、「相対的独立性」、「相互の影響性」、「環境との相互作用」といった疾患と各障害の因果関係のイメージ化を意図したモデルとして、図5を提唱する。

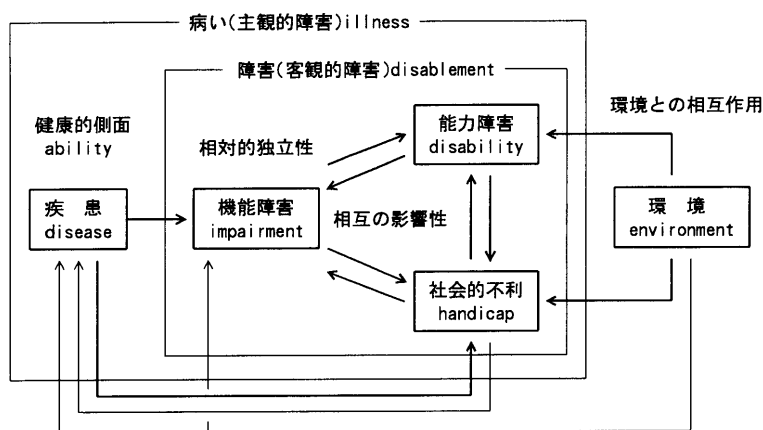


図5 精神障害に対する疾患と障害構造

表3 際障害分類に準じた精神障害の概念

| | |
|-----------------------|---|
| impairment 機能・形態障害 | 直接疾患から生じてくる、生物学的な視点でとらえた精神機能の障害である。 知覚、思考、意識、意志・意欲、自我意識、感情、記憶・知能などの障害で、器官機能レベルに関するもの。 |
| disability 能力障害 | 機能障害や社会的不利の影響によるもの、精神疾患の罹患による未経験、経験の不足などの二次的なものを含む、個人の日常生活の視点でとらえた個人生活障害である。 基本的な生活技能、家族内での役割、作業の遂行、社会資源の利用、対人関係技能などの制限や喪失で、個人生活の能力に関するもの。 |
| handicap 社会的不利 | 精神疾患、機能障害、能力障害があることによって、社会参加にあたって個人がうける制限や不利益といった社会生活の視点でとらえた障害である。 職業や住居の確保、社会資源の利用、所得、基本的な人権の行使、社会的役割の遂行などの制限、制約、不利益で、社会生活の権利に関するもの。 |

精神障害を国際障害分類 ICIDH¹⁾に当てはめるには、いくつかの課題もある¹⁰⁾。しかし疾患や疾患に由来する病理に直接ふれる早期の治療や、機能障害に対するリハビリテーションと生活上の障害の改善に対するリハビリテーションを、身体障害など他の障害と基本的に同様な視点で実践することの利点を考え、このモデルでは国際障害分類 ICIDH¹⁾に準ずる分類を用いた。

障害の定義については今後も検討がかさねられるであろうが、これまでに述べられたさまざまな概念¹¹⁾を考慮に入れ、図5に示した各障害の概念を表3のように考える。

impairment は、直接疾患から生じてくる、生物学的な器官機能レベルでとらえた精神機能

の障害である。通常精神症状として示されているものが、ほぼ impairment と同義的に考えられる。知覚、思考、意識、意志・意欲、自我意識、感情、記憶・知能などの精神機能の喪失または異常をさす。

disability は、impairment や handicap の影響で、個人の日常生活のレベルで生じる生活障害といえる。また発病し入退院を繰り返す中で、通常なら経験できたであろうと思われることが未経験であったり不足したりして二次的に生じるものを含む。基本的な生活技能、家庭内での役割、作業の遂行、交通機関など社会的資源の利用、対人関係技能など個人が日々生活するために必要な能力の制限や喪失をさす。

handicap は，disease, impairment, disability があることによって生じる社会生活上の障害である。個人が社会に参加するにあたって，職業や住居の確保，公的施設など社会資源の利用，所得などに対する制限や不利益を，通常保障される人権の行使，基本的な社会的役割の遂行などに対する制約などをさす。

お わ り に

リハビリテーションの実践という視点から，精神障害領域における疾患・障害構造モデルを提唱した。精神障害については，障害構造モデルを示すことが，常に相半ばする功罪をもっている。しかし，モデルのないことによる混乱の方が，今は問題が大きい。精神的疾患と障害に苦しむ人が，①病気として適切な治療を受け，②生活障害者として他の障害と同様の援助を受け，③生活者としての基本的な人権の行使ができる，ようにするためには，他の病気や障害と同様にその構造を示すことが必要である。

本稿で提唱したモデルが，精神障害が抱える問題を解決する一つの糸口になればと願う。

文 献

- 1) WHO: The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). World Health Organization (厚生省統計協議会訳 (1984). WHO 国際障害分類試案) 1980
- 2) 上田 敏：リハビリテーション医学の位置づけ。特集リハビリテーション医学。医学の歩み 1981: 116, 241
- 3) 蜂矢英彦 精神障害試論—精神科リハビリテーションの現場からの提言。臨床精神医学 1981: 10, 1653-1661
- 4) 蜂矢英彦：精神障害における障害概念の検討。障害者問題研究 1986: 44, 9-22
- 5) 臺 弘：生活療法の復権。精神医学 1984: 26, 803-814
- 6) 臺 弘：精神分裂病と障害概念。臨床精神医学 1985: 14, 737-742
- 7) 安齋三郎：精神障害者における障害とは何か。心と社会 1987: 47, 7-17
- 8) 上田 敏：障害概念と構造—リハビリテーション医学の立場から。第3回障害構造研究会資料 1995
- 9) 山根 寛：精神障害に対する作業療法評価の歴史と現状。季刊精神科診断学 1995: 6(3), 305-314
- 10) 大島 巖：精神科における障害の分類・評価(1)。OT ジャーナル 1993: 27, 294-299
- 11) 富岡詔子：精神障害のリハビリテーションと作業療法，社団法人 日本作業療法士協会／編著，作業療法学全書第5巻 精神障害。東京：協同医学出版社，1994: 1-65